



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز  
معاونت درمان

**گامهای اجرایی تبیین استاندارد:**

**اعلام نتایج مقادیر بحرانی آزمایشات و رادیولوژی در بیمارستان ها**

**Panic Value** (مقادیر بحرانی): به نتیجه‌ای اطلاق می‌شود که گزارش فوری آن ممکن است تأثیر به‌سزایی در حیات بیمار یا تفسیر و یا ماهیت تشخیص و یا پیشگیری از بیماری داشته باشد. ضمناً مقادیر خارج از نرمال الزاماً شامل مقادیر بحرانی نخواهد بود.

**هدف:** شناسایی مقادیر بحرانی و اقدام سریع تیم درمانی جهت شروع درمان به موقع عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار

**دامنه مقادیر:** موارد درخواست آزمایشات بستری و سرپایی مراجعین بیمارستان

**توجه:**

مقادیر بحرانی رادیولوژی در مراکز داوطلب اخذ درجه عالی می‌باشند، مد نظر خواهد بود.

## شیوه انجام کار:

با توجه به اهمیت موضوع ایمنی بیمار و الزامی بودن سنجه اعلام اضطراری مقادیر بحرانی و تاثیر آن در نجات حیات بیماران، تیم کارشناسی متشکل از کارشناسان بهبود کیفیت آزمایشگاه، ایمنی و تعالی بالینی معاونت درمان، اقدام به تهیه "تبیین گامهای اجرایی استاندارد: اعلام مقادیر بحرانی آزمایشات و رادیولوژی در بیمارستان ها" نموده است. ضروری است کلیه مراکز درمانی به ترتیب گام های مذکور، دستورالعمل اعلام نتایج مقادیر بحرانی را طبق توضیحات سنجه ۲ استاندارد و ۱-۶ اعتبار بخشی نسل سوم، در سطح بیمارستان تهیه، ابلاغ و اجرا نمایند.

### ۱. تشکیل تیم:

- ❖ جهت تشکیل تیم به استاندارد و- ۱-۶ سنجه ۱، استانداردهای اعتباربخشی نسل سوم ویرایش سال ۱۳۹۵ رجوع گردد.
- ❖ توصیه می شود بخش رادیولوژی نیز در تیم حضور داشته باشد.

### ۲. تدوین مقادیر بحرانی

- ❖ مسئول فنی آزمایشگاه و رادیولوژی طی مکاتبه ای مبنی بر اعلام مقادیر بحرانی (مقادیر خارج از نرمال الزاماً شامل مقادیر بحرانی نیست) نظر متخصصین رشته های تخصصی بیمارستان را اخذ می نماید.
- ❖ مسئول فنی آزمایشگاه و رادیولوژی پس از جمع بندی، مقادیر بحرانی پیشنهادی را در کمیته اورژانس بیمارستان (طبق توصیه سنجه مربوطه) و با حضور نمایندگان رشته های تخصصی مورد ارزیابی و تایید قرار می دهند.

### ۳. تایید مقادیر بحرانی

- ❖ دامنه و مقادیر بحرانی بعد از تصویب تیم مدیریت اجرایی، توسط ریاست یا مدیر عامل بیمارستان به کلیه بخش ها ابلاغ شود.

### ۴. تعیین دامنه

- ❖ آزمایشگاه، رادیولوژی، بخش های بالینی، مراجعین سرپایی آزمایشگاه

### ۵. الزامات و شرایط بخش آزمایشگاه، رادیولوژی و بخش های بالینی

- ❖ دامنه یا مقادیر بحرانی تهیه شده و ابلاغی به صورت پوستر در معرض دید کارکنان آزمایشگاه نصب گردد. ترجیحاً مقادیر بحرانی به تفکیک بخش های آزمایشگاه استخراج و در محل انجام آزمایشات نصب گردد. ولی بدیهی است کلیه کارکنان آزمایشگاه از تمامی مقادیر بحرانی مطلع باشند.
- ❖ یکی از الزامات ساختاری وجود خطوط تلفن یک طرفه بین آزمایشگاه و بخش های بیمارستان می باشد که از طرف بخش ها امکان تماس و شماره گیری مقدور نباشد. بدیهی است در ساختار تلفنخانه سیستم دیجیتالی خط یک طرفه گردد و یا از گوشی بدون شماره گیر استفاده شود و ترجیحاً زنگ متفاوت و بدون ولوم کاهش صدا باشد.

❖ گوشی وصل به خط تلفن یک طرفه در کلیه قسمتهای آزمایشگاه موجود و قابل دسترسی باشد. ( بیوشیمی، هماتولوژی، میکروبی و...)

❖ در مورد **بیماران سرپایی** آزمایشگاه و رادیولوژی که نتایج آزمایش آنها شامل موارد بحرانی باشد. کارشناس آزمایشگاه با بیمار از طریق شماره تلفنی که در HIS ثبت شده است ضمن رعایت اصول اخلاقی و شرایط روحی روانی بیمار جهت دریافت جواب آزمایش/رادیولوژی و مراجعه به پزشک تماس گرفته و راهنمایی می شود.

❖ پرستار بعد از دریافت جواب مقادیر بحرانی بلافاصله بیمار را تحت نظر قرار داده و در صورت داشتن سابقه قبلی و گرفتن شرح حال و عدم تغییر جواب آزمایش نسبت به دوره قبل ضمن اطلاع به پزشک ذیصلاح اقدامات لازم را بر اساس Standing Order انجام و در فرم گزارش مقادیر بحرانی ثبت می نماید.

( قابل ذکر است بحث Standing Order جهت تطبیق آن برای شروع درمان مقادیر بحرانی در کمیته اورژانس طرح و بعد از تایید به بخش های مربوطه ابلاغ گردد.)

❖ خط مشی و روش اجرایی **دستورات شفاهی (تلفنی)** مطابق استاندارد ب ۱-۱۲ سنج ۳ استانداردهای اعتباربخشی نسل سوم، برای بیمار اجرا می شود.

❖ پرستار بعد از ثبت مقادیر بحرانی گزارش شده در تلفن، نتایج را برای انجام دهنده آزمایش بازخوانی نموده و از صحت ثبت مقادیر بحرانی اطمینان کسب می نماید.  
بعنوان مثال:

کادر آزمایشگاه: قند خون بیمار مورد آزمایش، ۴۰ می باشد

پرستار : شما فرمودید قند خون بیمار مورد آزمایش، ۴۰ می باشد.

کادر آزمایشگاه: بله صحیح است.

#### ۶. تعیین روشهای ثبت مقادیر

❖ کارکنان آزمایشگاه **قبل از کنترل مجدد نتایج بحرانی** با استفاده از خطوط تلفن یک طرفه اقدام به اعلام اضطراری (آنی) نتیجه به بخش بستری می نماید.

❖ ثبت در دفتر یا فرم مربوط به گزارش نتایج مقادیر بحرانی شامل موارد ذیل می باشد:

نام بیمار ، شماره پرونده بیمار، بخش مربوطه، نتیجه تست، گزارش دهنده ، تاریخ و ساعت گزارش، نام فرد گزارش گیرنده (گروه پرستاری<sup>۱</sup>)

❖ فرد آزمایش کننده پس از اعلام اضطراری نتیجه اولیه به بخش، آزمایش مقادیر بحرانی را مجدداً تکرار می نماید.

<sup>۱</sup> گروه پرستاری: شامل پرستار، ماما، کارشناس اتاق عمل، کارشناس هوشبری

❖ فرد انجام دهنده آزمایش در صورت متغییر بودن جواب تکرار مجدد آن و چنانچه نتایج در محدوده نرمال باشد از طریق تماس تلفنی یک طرفه جواب صحیح را به بخش اعلام می نماید و در غیر اینصورت (تایید مقادیر بحرانی اولیه در تکرار) پس از تایید مسئول فنی آزمایشگاه در HIS ثبت گردد.

❖ مشخصات ثبت در دفتر یا فرم نتایج مقادیر بحرانی در بخش بستری، شامل موارد ذیل می باشد:

نام بیمار، شماره پرونده بیمار، مقادیر بحرانی گزارش شده، فرد گزارش دهنده، فرد گزارش گیرنده، تاریخ و ساعت گزارش به بخش، تاریخ و ساعت گزارش به پزشک، اقدامات انجام گرفته

❖ پرستار در اسرع وقت اعلام مقادیر بحرانی را به پزشک معالج / ذیصلاح<sup>۲</sup> اطلاع و اقدامات و مداخلات لازم طبق دستور پزشک را انجام می دهد.

❖ پرستار بخش بعد از تایید جواب آزمایش توسط مسئول فنی آزمایشگاه جواب را پرینت و در پرونده بیمار الصاق می نماید و تمامی موارد را در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

❖ در صورت تغییر محل بستری بیمار، پرستار بخش به انجام دهنده آزمایش، محل انتقال بیمار در تماس اول (تلفن یک طرفه) اطلاع می دهد و فرد انجام دهنده آزمایش مجدداً با استفاده از خط تلفن یک طرفه مقادیر بحرانی را بلافاصله به بخش جدید بیمار، اعلام می نماید.

#### ۷. تعیین مسئولیت‌ها

❖ رئیس مرکز، مسئول فنی بیمارستان / مسئول ایمنی بیمار، مسئول فنی آزمایشگاه، مدیریت پرستاری، سوپروایزر آزمایشگاه، کارشناسان آزمایشگاه

#### ۸. تدوین دستورالعمل بیمارستان

❖ ترکیب تیم، مطابق استاندارد و -۱-۶ سنجه ۱، استانداردهای اعتباربخشی نسل سوم ویرایش سال ۱۳۹۵، در بیمارستان تعیین، و سپس تیم تشکیل و طبق گام های مذکور، دستورالعمل مقادیر بحرانی تهیه و تدوین می گردد.

#### ۹. تایید و ابلاغ دستورالعمل

طبق استاندارد الف-۲-۳ سنجه ۱ استانداردهای اعتباربخشی نسل سوم، مسئول فنی صبح بیمارستان، که ابلاغ کتبی مسئول ایمنی را دارد در گامهای تدوین دستورالعمل مشارکت فعال نموده و سپس ان را مطالعه و تایید نماید. ضمناً مسئول پاسخگویی به اجرایی شدن گامهای دستورالعمل توسط هدایت کنندگان مطرح شده در استاندارد و -۱-۶ سنجه ۱ استانداردهای اعتباربخشی، نیز می باشد.

دستورالعمل توسط ریاست بیمارستان جهت اجرایی شدن ابلاغ می گردد.

<sup>۲</sup> پزشک معالج / ذیصلاح: پزشک مسئول بیمار، رزیدنت کشیک بخش، پزشک مقیم، پزشک آنکال

## ۱۰. پایش و ارزیابی

❖ کسب اطمینان از آگاهی کلیه کارکنان آزمایشگاه از دامنه و مقادیر بحرانی توسط سوپروایزر آزمایشگاه انجام می گیرد.

الف- سوپروایزر آزمایشگاه آگاهی کارکنان از مقادیر بحرانی را به صورت ماهیانه ارزیابی می نماید.

ب- سوپروایزر آزمایشگاه مقادیر بحرانی را در جلسات دوره ای آزمایشگاه برای کارکنان مرور می نماید.

ج- سوپروایزر آزمایشگاه آگاهی کارکنان از مقادیر بحرانی را به صورت سالیانه در آزمونهای دوره ای توانمندسازی پرسنل آزمایشگاه لحاظ می نماید.

❖ تهیه چک لیست پایش بر اساس گامهای اجرایی

چک لیست پایش، توسط سوپروایزر آزمایشگاه، سرپرستار/سوپروایزر، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تکمیل می شود.

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار داده ها را جمع آوری و تجزیه و نتایج را در تیم ایمنی بیمارستان تحلیل نموده و گزارش شش ماهه را به تیم مدیریت اجرایی ارسال می نماید. تا در صورت نیاز، ممیزی بالینی یا بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی انجام گیرد./

<http://treatment.tbzmed.ac.ir>